

Patología proctológica.

Autores:

AJ. Zarate, S. Medina.

Universidad Finis Terrae.

Introducción.

Las diversas patologías proctológicas se pueden sistematizar en los síntomas más frecuentes por los que un paciente acude a la consulta de urgencia:

Dolor anal.

Sangrado vía anal.

Aumento de volumen perianal

Prurito anal ^(1,2).

Dolor anal.

El dolor anal es el dolor referido a la zona anal y perianal.

Existen otros malestares en zonas adyacentes, pero no son de ubicación perianal propiamente tal. Entre estos cuadros está el quiste pilonidal infectado, cuyo dolor se presenta a nivel de la línea media inter glútea; otro caso es la coxigodinia que es un dolor de la zona coxígea.

Los pacientes describirán al dolor/malestar anal en numerosos tipos de dolores, ya sea de tipo sordo (hemorroides internas prolapsadas, abscesos), punzante, pulsátil (hemorroide externa trombosada) entre otros.

Respecto a la intensidad del dolor, esta puede variar desde una sensación de incomodidad o ardor, hasta un dolor muy intenso como clásicamente es el de los pacientes con una fisura anal aguda.

En la evaluación clínica es importante consignar, las manifestaciones físicas y psíquicas que presenta el paciente. En el caso de la presencia de taquicardia, taquipnea, elevación de la presión arterial, etc., sugerirán una alta intensidad del dolor y/o de un proceso inflamatorio sistémico.

En la evaluación clínica, una opción es utilizar la escala visual análoga (EVA), donde se le pide al paciente que evalúe la intensidad del dolor en una escala de 0 a 10 (siendo 0 sin dolor y 10 el máximo dolor). Lo anterior es de utilidad en el seguimiento de la efectividad del tratamiento.

El dolor anal puede ser de aparición aguda o crónica, con una evolución ya sea de forma continua (absceso anal) o paroxística (ej: proctalgia fugax); puede desencadenarse con algunos factores (defecación, posición sentada, etc) o ser un dolor que no se relaciona con estos factores.

Las causas más comunes de dolor ano-rectal se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Causas más comunes de dolor anal.

Causas
Asociado a aumento de volumen: Hemorroides externas trombosadas Fluxión hemorroidal Absceso perianal
No asociado a aumento de volumen: Fisura anal aguda Fisura anal crónica

La mayoría de las causas de dolor anal son benignas, por lo que muy pocas veces será indicador de una condición más grave (excepcionalmente cáncer y cuadros infecciosos severos como la gangrena de Fournier ⁽³⁾).

Ejemplos de dolor anal en distintas patologías ano-rectales:

1.- Hemorroide externo trombosado: el dolor es de aparición brusca, punzante y continuo, puede aumentar en relación con la defecación y se exagera a la compresión de la zona comprometida. El dolor es en relación a la zona de aumento de volumen la cual es muy sensible a la palpación.

2.- Fisura anal: el dolor es intenso, generalmente se produce posteriormente a una defecación dificultosa, pudiendo persistir por varias horas y puede estar acompañado por un sangrado escaso (de baja cuantía, en la zona de la fisura). La contracción del esfínter anal interno y el miedo a defecar (por la reaparición del dolor) provocará mayor grado de constipación. Lo anteriormente descrito provocará un

aumento de dolor en el paso de las heces en la próxima defecación.

3.-Abscesos ano-rectales: se caracteriza por aumento de volumen en la zona perianal de eritematoso y con mayor temperatura local.

El dolor se caracteriza por ser local, intenso, constante y progresivo, el cual se exagera con la compresión de la zona comprometida. Suele asociarse a fiebre.

4.- Proctalgia fugax: se caracteriza por ser un dolor intenso de tipo punzante (ataques de dolor) en la zona ano-rectal. El dolor puede durar desde unos pocos segundos hasta horas, presentarse durante el día o la noche, sin encontrarse asociados a los movimientos intestinales. Los dolores son infrecuentes, por lo que gran parte de los pacientes presenta sólo uno o dos episodios por año y entre los episodios son asintomáticos. Su etiología no está aclarada. Al momento de realizar la exploración física de la zona perianal y rectal no se observan anormalidades.

Sangrado vía anal.

El sangrado vía anal, es la salida de sangre por el ano. Es una de las principales causas de consulta proctológica, tanto de forma ambulatoria como en servicios de urgencia y se estima que está entre las primeras 3 causas de consulta de la especialidad ⁽⁴⁾.

En un estudio realizado en EEUU se evidenció que alrededor de un 15% de las personas encuestadas referían sangrado vía anal de forma ocasional ⁽⁵⁾. En otro estudio se analizó el porcentaje de consulta a centros de salud y se observó que alrededor de un tercio de los pacientes con sangrado reciente no consultaba por este síntoma ⁽⁶⁾.

Respecto a la anamnesis es importante saber la duración (si es aguda o crónica), la cuantía del sangrado, (la cual puede ser escasa Ej. hemorroides internas), o abundante (Ej. sangrado diverticular), la presencia de coágulos asociados, la existencia o no de un cambio del tránsito intestinal (constipación o diarrea).

Además hay que registrar, si las heces se mezclan o no con la sangre, si se presenta goteo de sangre en el inodoro después de defecar y el uso reciente de agentes antiinflamatorios no esteroidales o cualquier otro medicamento.

Además es necesario consultar por otros síntomas que pueden ser la manifestación de patologías neoplásicas o enfermedades inflamatorias intestinales. Entre estos síntomas y manifestaciones están: mucosidad en

deposiciones, cambio de hábito intestinal, baja de peso, fatigabilidad, entre otros. Estos síntomas son de particular importancia luego de la quinta década, por el aumento de la mortalidad por cáncer de colon y recto ⁽⁷⁾.

El sangrado anal, se puede clasificar según su origen:

- a) Rectorragia: se denomina así al sangrado de origen rectal, el cual es de coloración roja rutilante sin coágulos, puede estar o no acompañada de deposiciones y presentar distintos volúmenes.
- b) Hematoquezia: es la sangrado vía anal de una coloración roja con coágulos. Su origen corresponde generalmente a un sangrado digestivo bajo.
- c) Melena: corresponde a deposiciones negras y pastosas de muy mal olor, lo cual se debe a la presencia de sangre degradada proveniente del tubo digestivo alto (proximal al ángulo duodenoyeyunal).

Menos frecuentemente existen casos de pacientes que presentan un tránsito intestinal más lento y un sangrado a nivel digestivo bajo. Su presentación puede ser mediante deposiciones más oscuras que simulen una melena.

Por otra parte, un paciente con un sangrado rojo vía anal puede - excepcionalmente - ser de origen digestivo alto al tener un tránsito intestinal acelerado.

Aumento de volumen.

El aumento de volumen en la zona perianal es un motivo frecuente de consulta proctológica.

Algunas enfermedades subyacentes hacen más probable la aparición de lesiones a este nivel. Las enfermedades inflamatorias intestinales (dentro de las cuales destaca la enfermedad de Crohn), se han mencionado como un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones perianales.

Los pacientes con HIV constituyen una población de riesgo. Se estima que un 30% desarrollen lesiones perianales durante su evolución ⁽⁸⁾.

La causa más frecuente de aumento de volumen en la población general, son las hemorroides, seguido por los abscesos perianales. Las causas más frecuentes de aumento de volumen perianal se describen en la tabla 2.

Tabla 2. Causas más comunes de aumento de volumen perianal.

Causas
Hemorroides externas
Hemorroides externas trombosadas
Fluxión hemorroidal
Prolapso rectal
Absceso perianal
Condilomas
Cáncer anal

La edad media de los pacientes en la presentación es de 40 años (rango 20 a 60), teniendo el género masculino, el doble de probabilidades de desarrollar

un absceso y/o fístula en comparación con el género femenino.

El hábito tabáquico es también un factor de riesgo para el desarrollo de esta patología, la cual aumenta mientras más recientemente haya fumado.

Se estima que la influencia del tabaquismo como factor de riesgo de absceso anal y/o fístula disminuye al valor basal después de 5 a 10 años de haber dejado de fumar ⁽⁹⁾.

Para el diagnóstico de pacientes con aumento de volumen perianal, se debe considerar una correcta anamnesis y un adecuado examen físico. La anamnesis debe dirigirse a preguntar sobre síntomas asociados como:

Dolor, fiebre, compromiso del estado general, además de preguntar por síntomas locales como secreción perianal y sangrado vía anal.

Entre los antecedentes se debe consultar por enfermedades de base, como diabetes mellitus, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades de transmisión sexual, así como también de hábitos asociados (Ej: tabaquismo).

Existen distintos métodos de imagen para evaluar la zona, destacando entre ellas la resonancia magnética por su mejor sensibilidad y especificidad para el análisis de las partes blandas.

Ante un aumento de volumen perianal debe tenerse presente las siguientes condiciones:

a) Hemorroides externas trombosadas: se caracteriza por un aumento de volumen de la zona perianal acompañado de una coloración

más oscura y de dolor en la zona el cual alcanza rápidamente su intensidad máxima. Además es muy sensible a la palpación ⁽¹⁰⁾.

b) Absceso perianal: aumento de volumen, en general fluctuante, con dolor permanente en la zona perianal. Puede asociarse a síntomas generales como fiebre y compromiso del estado general, estos síntomas pueden no estar presente en pacientes ancianos o diabéticos.

c) Fluxión hemorroidal: este aumento de volumen es secundario a hemorroides internas prolapsadas e incarceradas, lo cual se manifiesta con dolor muy intenso en la zona anal. Este aumento de volumen por lo general se asocia al antecedente de una maniobra de valsava previa (Ejemplo: parto vaginal, pujo prolongado por constipación, etc)

d) La hidrosadenitis supurativa: es una enfermedad inflamatoria crónica que puede ocurrir en la zona perianal e infectarse causando descarga purulenta.

e) Condilomas: Aumento de volumen blanquecino en la zona anal, de pequeño a gran tamaño. En general estas lesiones son indoloras, pero pueden provocar prurito y en algunos casos escaso sangrado ⁽¹¹⁾.

Referencias.

- 1.- Janicke DM, Pundt MR. Anorectal disorders. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14: 757-88.
- 2.- Abramowitz L, Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31: 546-9.
- 3.- Fournier JA. Gangrene foudroyante de la verge. *Medecin Pratique* 1883; 4: 589-97.
- 4.- Eslick GD, Kalantar JS, Talley NJ. Rectal bleeding: epidemiology, associated risk factors, and health care seeking behaviour: a population-based study. *Colorectal Dis* 2009; 11: 921-6.
- 5.- Talley NJ, Jones M. Self-reported rectal bleeding in a United States community: prevalence, risk factors, and health care seeking. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2179-83.
- 6.- Byles JE, Redman S, Hennrikus D, Sanson-Fisher RW, Dickinson J. Delay in consulting a medical practitioner about rectal bleeding. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 241-4.
- 7.- Zarate AJ, Alonso FT, Garmendia ML, López-Köstner F. Increasing crude and adjusted mortality rates for colorectal cancer in a developing South American country. *Colorectal Dis* 2013; 15: 47-51.
- 8.- Nadal SR, Manzione CR, Galvão VM, et al. Perianal diseases in HIV-positive patients compared with a seronegative population. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 649-54.
- 9.- Devaraj B, Khabassi S, Cosman BC. Recent smoking is a risk factor for anal abscess and fistula. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 681-5.
- 10.- Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view. *World J Gastroenterol*. 2015 ; 21: 9245-52.
- 11.- Leszczyszyn J, Łebski I, Łysenko L, Hirnle L, Gerber H. Anal warts (condylomata acuminata) - current issues and treatment modalities. *Adv Clin Exp Med*. 2014; 23: 307-11.